

УДК 616.851-005.1-084

ВИДИ ІНСУЛЬТУ. ЯК ВИНИКАЄ І ЯК МОЖНА ЗАСТЕРЕГТИСЯ ВІД ІНСУЛЬТУ**Х. В. Юхимчук***Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня*

Значна поширеність на сьогодні різних видів інсульту серед різних вікових груп, у тому числі дітей і молоді, а також високий ступінь інвалідизації осіб, які перенесли інсульт, вимагає глибокого аналізу наукових даних стосовно факторів виникнення інсультів із метою його запобігання.

CEREBROVASCULAR ACCIDENT: TYPES, CAUSES AND PROPHYLAXIS**H. V. Yuhimchuk***Ternopil Regional Municipal Clinical Psychoneurological Hospital*

The considerable prevalence of various types of stroke among different age groups, including children and young people, as well as the high degree of disability in stroke patients, requires a thorough analysis of scientific data on the causes of stroke in order to prevent it.

Вступ. Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є найважливішою медико-соціальною проблемою, що зумовлено їх високою часткою в структурі захворюваності та смертності населення, значними показниками тимчасових трудових втрат і первинної інвалідності.

Інсульт на сьогодні є основною соціально-медичною проблемою неврології. Щорічно в світі церебральний інсульт переносять майже шість мільйонів осіб (за даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на 100 тис. населення), а в Україні більше 125 тис. [2]. Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання. Варто зазначити, що 35,5 % мозкових інсультів спостерігають в осіб працездатного віку [8]. Більшість пацієнтів, які перенесли інсульт, стають інвалідами, а 20–25 % із них до кінця життя потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті.

У найближче десятиліття експерти ВООЗ прогнозують подальше зростання кількості мозкових інсультів. Відповідно до прогнозів, у 2020 р. захворюваність на інсульт зросте на 25 %, що зумовлено старінням населення планети і зростанням розповсюдженості в популяції таких факторів ризику, як артеріальна гіпертензія, ожиріння, хвороби серця, цукровий діабет, куріння тощо.

© Х. В. Юхимчук, 2018

В Україні тяжкій інвалідності в осіб, які перенесли інсульт, сприяє мала кількість екстрено госпіталізованих хворих (менше 30 %), відсутність палат інтенсивної терапії в неврологічних відділеннях багатьох стаціонарів. Українці мало беруть до уваги потребу активної реабілітації хворих (у реабілітаційні відділення і центри переводять майже 20 % осіб, які перенесли інсульт). Загалом інсульт посідає друге місце серед причин смерті (після гострих недуг серця), при цьому смертність у чоловіків вища, ніж у жінок. На початку XXI ст. в Україні відзначено тенденцію до зниження смертності внаслідок інсульту, проте в інших країнах (у США і Західній Європі) воно більш суттєве у зв'язку з активним лікуванням артеріальної гіпертензії і зменшенням споживання продуктів із високим вмістом холестерину. Інсульт на сьогодні є основною причиною інвалідизації населення. Інвалідами стають 70–80 %, які вижили після інсульту, а 20–30 % із них потребують постійної сторонньої допомоги.

Мета дослідження – охарактеризувати різновиди інсультів, причини їх виникнення, розкрити сучасні підходи щодо факторів виникнення інсульту.

Основна частина. Інсульт перебігає в такий спосіб: кровоносні судини в мозку стискаються, закупорюються або розриваються. Через відсутність постачання кисню частина клітин мозку некротизується. Організм у результаті втрачає ряд важливих функцій, за які відповідали загиблі клітини. Інсульт може призвести до порушень мови, координації рухів, рухливості кінцівок

або навіть викликати параліч. Оскільки ураження клітин відбувається дуже інтенсивно, тому важливо якомога швидше доправити пацієнта в лікарню.

За механізмом розвитку медики виділяють три види інсульту.

Ішемічний інсульт, або інфаркт мозку спостерігають найчастіше. Як правило, до інсульту цього типу схильні особи старше 60 років. У більшості таких пацієнтів спостерігають цукровий діабет, порушення серцевого ритму, порок серця. Він може трапитися, наприклад, через утворення атеротромботичної бляшки або тромбу в мозковій артерії, що закривають прохід у судині. В результаті мозковим клітинам не вистачає кисню, і вони гинуть. Іноді артеріальний прохід закупорюється бульбашками повітря або стискається в результаті пухлини або травми.

Геморагічний інсульт. Викликаний крововиливом. Поділяють на внутрішньомозковий і субарахноїдальний. Перший зазвичай діагностують у пацієнтів віком 45–60 років. До нього схильні хворі на церебральний атеросклероз, гіпертензію, артеріальну гіпертензію, захворювання крові. Такого типу інсульти спостерігають рідше, ніж ішемічні, але становлять велику загрозу для життя і здоров'я. У процесі внутрішньомозкового крововиливу розривається стінка дефектної артерії. Це може трапитися через аневризми (випинання стінки артерії), порушення цілісності її судинної стінки внаслідок атеросклерозу. Спровокувати подібний інсульт здатне підвищення артеріального тиску. Субарахноїдальний інсульт – це крововилив у субарахноїдальний простір – порожнина між м'якою і павутинною мозковими оболонками головного і спинного мозку, заповнену спинномозковою рідиною. Такого роду інсульт найчастіше виникає у пацієнтів віком 30–60 років. Викликати його може куріння, хронічний алкоголізм або разове вживання алкоголю в надмірних кількостях. Також факторами ризику є артеріальна гіпертензія, надмірна маса тіла та інші відхилення.

Транзиторна ішемічна атака, або міні-інсульт. Невтривале блокування припливу крові до мозку, триває не більше п'яти хвилин. У цей період проявляються всі ознаки звичайного інсульту: запаморочення, порушення координації рухів і мови, оніміння одного боку тіла. Пацієнт може навіть не зрозуміти, що переніс міні-інсульт, оскільки всі функції досить швидко відновлюються. Однак подібна «атака» небезпечна тим, що якщо не взяти здоров'я під контроль, то протягом півроку може трапитися інсульт із більш тяжкими

наслідками, тому подібні явища необхідно вважати свого роду попередженням.

Особливостями невідкладних станів при гострому порушенні мозкового кровообігу на відміну від невідкладних станів при гострих захворюваннях інших органів і систем є швидко наступаючі зміни свідомості, життєво важливих функцій, порушення гуморального гомеостазу, а також грубі порушення черепної іннервації, моторики, чутливості та координації.

Фактори ризику розвитку гострих порушень мозкового кровообігу можна поділити на три групи (табл. 1).

1. Немодифіковані (незмінні) фактори ризику:

- вік (зі збільшенням якого ризик інсульту, особливо ішемічного, значно збільшується);
- чоловіча стать (чоловіки більш схильні до захворювань серцево-судинної системи, співвідношення до жінок 3:1);
- генетична схильність до деяких захворювань (наприклад, підвищеного артеріального тиску, цукрового діабету, ожиріння).

2. Модифіковані (що піддаються корекції) фактори ризику:

- артеріальна гіпертензія;
- атеросклероз судин головного мозку;
- ішемічна хвороба серця (інфаркт міокарда в анамнезі);
- ураження серцевих клапанів / ревматичне ураження мітрального клапана;
- кардіоміопатії;
- цукровий діабет;
- куріння;
- інсульт або транзиторні ішемічні атаки в анамнезі;
- гіперхолестеринемія (підвищений вміст холестерину);
- зловживання алкоголем.

3. Потенційно модифіковані фактори ризику:

- дієта;
- ожиріння;
- малорухливий спосіб життя;
- емоційний стрес;
- алкоголь;
- зловживання наркотиками;
- коагулопатія;
- приймання естрогенвмісних препаратів;
- активний запальний процес;
- безсимптомний стеноз сонних і хребетних артерій.

При поєднанні двох і більше факторів ризик розвитку інсульту значно збільшується [13, 14, 16].

Таблиця 1. Фактори ризику інсульту, які можна контролювати

Фактор ризику	Метод запобігання
Гіпертензія	Підвищений артеріальний тиск – найчастіша причина ішемічного і геморагічного інсульту. Потрібно мати вдома тонометр і регулярно вимірювати свій тиск. Необхідно вести щоденник результатів
Підвищений холестерин у крові	Розберіться як його знизити за допомогою дієти і таблеток. Можливо, лікар призначить ліки – статини, що знижують холестерин
Серцево-судинні захворювання	Перенесений інфаркт, фібриляція шлуночків, серцева недостатність й інші серцево-судинні захворювання підвищують ризик інсульту як мінімум у 2 рази. Знайдіть компетентного кардіолога і старанно виконуйте його вказівки, щоб взяти цю проблему під контроль
Куріння	Активне і пасивне куріння підвищує ризик інсульту як мінімум у 4 рази, не кажучи вже про онкологічні та серцево-судинні захворювання. Необхідно кинути курити. Спробуйте метод Аллена Карра, нікотинові пластирі, психотерапію та інші засоби
Цукровий діабет	Порушення обміну вуглеводів прискорює старіння судин і підвищує ризик інсульту. Щоб з'ясувати, чи немає у вас прихованого діабету, здайте аналіз крові на глікозильований гемоглобін
Ожиріння	Ожиріння викликає гіпертензію, погіршує результати аналізів крові на холестерин і тригліцериди. Це називається метаболічний синдром – порушення обміну речовин, підвищує ризик інфаркту, інсульту і цукрового діабету
Гормональні таблетки для жінок	Оральні контрацептиви, а також гормональна замісна терапія збільшують ймовірність, що в судинах утворюються тромби. Таким чином, ці засоби підвищують ризик ішемічного інсульту у жінок. Не бажано приймати протизаплідні таблетки жінкам, які курять
Зловживання алкоголем	Надмірне вживання спиртних напоїв підвищує ризик інфаркту та інсульту, а також онкологічних захворювань і проблем із печінкою. Помірне вживання алкоголю, ймовірно, не шкідливо, якщо немає протипоказань. Якщо ви не можете дотримуватися помірності – краще повне утримання від спиртного

Людам, близькі родичі яких перенесли інфаркт або інсульт у молодому або середньому віці, потрібно приділяти підвищену увагу профілактиці серцево-судинних захворювань.

Нарешті, варто мати на увазі, щоб домогтися значного зниження частоти інсультів тільки зусиллями, спрямованими на виявлення і лікування групи високого ризику, неможливо. Необхідна цілеспрямована пропаганда здорового способу життя і раціонального харчування, поліпшення екології і т. д. Лише поєднання профілактики в групі високого ризику з популярної стратегії профілактики дозволить зменшити захворюваність і смертність від цереброваскулярних хвороб.

ГПМК діагностують при раптовій (хвилини, рідше години) появі осередкової і/або загальномоозкової та менінгеальної неврологічної симптоматики у хворого з факторами ризику судинного захворювання і при відсутності інших причин її виникнення.

Недостатня поінформованість населення щодо небезпеки розвитку ГПМК і необхідності негайно звертатися за медичною допомогою негативно позначається на стані хворих і часто погіршує прогноз (рівень В) [9].

Розглянемо найпростіший тест щодо проявів інсульту.

Тест 1. Попросіть хворого потримати витягнуті вперед руки протягом 10 секунд (рис. 1, А), швидше опуститься уражена рука (1, Б). У разі повної паралізації хворий взагалі не зможе утримувати руку перед собою.



А

Б

Рис. 1. Для виявлення парезів кінцівок хворий повинен утримати витягнуті вперед руки (А), швидше опуститься паретична (уражена) рука (Б).

Мовні порушення (дизартрія, афазія):

- афазія характеризується як порушенням розуміння зверненої мови (сенсорна), так і власної мови (моторна);

• дизартрія проявляється нечіткістю, «змазаністю» мови, виникає відчуття «каші в роті», сприйняття хворим зверненої мови не страждає.

Тест 2. Попросіть хворого назвати своє ім'я або вимовити будь-яку просту фразу, буде спостерігатися асиметрія обличчя.

Тест 3. Попросіть хворого посміхнутися або показати зуби, ясна (рис. 2).

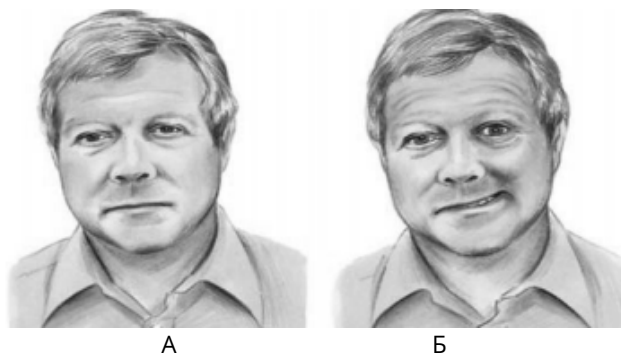


Рис. 2. При спробі посміхнутися (А) видно згладжену праву носогубну складку (Б).

Гетерогенність інсульту багаторазово ускладнює завдання своєчасної діагностики та вибору тактики лікування. Сьогодні фахівці виділяють більше 60 причин гострих порушень мозкового кровообігу, з яких не менше 20 – кардіальні. Інші причини зумовлені змінами властивостей крові (гемостазу, реологічних характеристик, властивостей формених елементів, біохімічних параметрів й ін.) і судин (атеросклероз, васкулопатії) [1].

Розвиток концепції гетерогенності ГПМК призвів до виділення патогенетичних підтипів ішемічного інсульту. За кордоном, відповідно до класифікації TOAST, прийнято диференціювати такі підтипи: атеротромботичний (АТІ), кардіоемболічний (КЕІ), лакунарний (ЛІ), інсульт іншої встановленої етіології та інсульт невідомої етіології. Слід виділити гемодинамічний ішемічний інсульт, який розвивається як результат невідповідності між потребами головного мозку в кровопостачанні і гемодинамічними можливостями серцево-судинної системи на тлі її структурних змін [10]. У деяких випадках є всі підстави виділяти інсульт, що виникає за механізмом гемореологічної мікрооклюзії [3]. Блокада мікроциркуляції може виникнути при поліцитемії, зневодненні, збільшенні в'язкості крові.

Співвідношення патогенетичних підтипів ішемічних інсультів змінюються залежно від віку та статі. У молодих переважають кардіальні причини церебральної ішемії, у літніх пацієнтів – механізми, зумовлені тромбозами і тромбоемболією [11]. Вважають, що АТІ

переважає в структурі ГПМК (30–35 %). На другому місці – кардіоемболічні інсульти (20–28 %). В останні роки виявляється все більш виразна тенденція до збільшення частки КЕІ в структурі ішемічних ушкоджень мозку. Не без підстав вважають, що частина ЛІ за своїм походженням є результатом кардіогенної або артеріо-артеріальної емболії [6].

Концепція гетерогенності інсульту має не тільки теоретичне значення, вона відіграє найважливішу практичну роль в сучасній системі попередження судинних катастроф. Детальне вивчення механізмів гострої церебральної ішемії дозволяє судити про характер майбутнього інсульту. А це означає, що стає визначеним і цілеспрямованим обсяг необхідного для оцінки небезпеки обстеження, і, головне, формується обґрунтований напрямок превентивного лікування. Разом із тим, необхідно визнати, що превентивне лікування в більшості випадків проводять недостатньо ефективно. Вкрай низькою залишається достовірність індивідуального прогнозу інсульту. Безліч популяційних досліджень, виконаних в останні десятиліття з метою виявлення найбільш значущих факторів зовнішнього і внутрішнього середовища, що впливають на патогенез ГПМК, привели до відкриття більш ніж 320 факторів ризику інсульту [6, 7]. Концепція чинників ризику сприяла детальному вивченню етіології та патогенезу цереброваскулярних захворювань, але не створила надійної, застосовної на практиці прогностичної системи: часто інсульт стає повною несподіванкою як для пацієнта, так і для лікаря.

Очевидно, що проблема профілактики серцево-судинних катастроф за своїм обсягом і різноманітністю завдань явно перевершує те вузьке, хоча і важливе коло питань, які знаходяться в межах компетенції вузьких медичних фахівців. Подальше просування в бік вдосконалення методів профілактики інсульту можливо тільки в рамках таких інтегральних напрямків, як превентивна кардіоневрологія [6]. Необхідно істотно розширення освітньої роботи серед різних верств населення через утворення спеціальних телевізійних і радіоканалів, створення шкіл здоров'я та інших майданчиків, що дозволяють медичним фахівцям пропагувати здоровий спосіб життя.

Висновки. Причиною інсультів є функціонально-динамічні ангіодистонічні розлади загальної і особливо регіональної мозкової циркуляції крові. Основними патогенетичними факторами є артеріальна гіпертензія і гіпертонічні кризи, при яких виникають спазми або паралічі мозкових артерій і артеріол.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Инсульт. Нормативные документы / под ред. П. А. Воробьева. – М. : Ньюдиамед, 2010. – 480 с.
2. Міщенко Т. С. Профілактика мозкового інсульту : методичні рекомендації / Т. С. Міщенко, Є. В. Лакомцева. – Харків, 2006. – 15 с.
3. Очерки кардионеврологии / под ред. З. А. Суслиной. – М. : Издательство «Атмосфера», 2005. – 368 с.
4. Пизова Н. В. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения в молодом возрасте: диагностика и лечение / Н. В. Пизова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – С. 34–38.
5. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р. Г. Оганова, Р. А. Хальфина. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 464 с.
6. Симоненко В. Б. Основы кардионеврологии / В. Б. Симоненко, Е. А. Широков. – М. : Медицина, 2001. – 240 с.
7. Симоненко В. Б. Превентивная кардионеврология / В. Б. Симоненко, Е. А. Широков. – СПб. : ООО «Издательство «Фолиант», 2008. – 220 с.
8. Шкловский В. М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта / В. М. Шкловский // Инсульт. – 2003. – № 8. – С. 10–27.
9. Update to the AHA/ASA Recommendations for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack / R. J. Adams, G. Albers, M. J. Alberts [et al.] // Stroke. – 2008. – Vol. 39. – P. 1647–1652.
10. Classification of subtype of acute ischemic stroke / Y. P. Adams, B. N. Bendixen, J. Kappelle [et al.] // Stroke. – 1993. – Vol. 24. – P. 35–41.
11. Appelros P. Sex differences in stroke epidemiology / P. Appelros, B. Stegmayr, A. Terent // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 1082–1090.
12. Bassi P. Cervical cerebral artery dissection: a multicenter prospective study / P. Bassi, P. Lattuada, A. Gomitoni // Neurol. Sci. – 2003. – Vol. 24. – P. 4–7.
13. Blood pressure in Acute Stroke Collaboration (BASC). Interventions for deliberately altering blood pressure in acute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001.
14. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke 2005 Guidelines Update A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Heart Association/American Stroke Association. – 2005. – P. 916–924.
15. Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. A national clinical guideline. 2008
16. A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack / P. M. Rothwell, M. F. Giles, E. Flossmann [et al.] // Lancet. – 2005. – Vol. 366. – P. 29–36.
17. The Atlas of Heart Disease and Stroke / Mackay, G. Mensach. WHO, 2007 [Electronic source] / Mode access : http://www.who.int/entity/cardiovascular_disease/en/_cva_atla

Отримано 14.02.18